

Formulario de permiso (opcional)

Si desea que se le proporcione a alguna otra persona información sobre su cuenta de Basic Health o ayuda para su solicitud o cambios futuros de su cobertura, haga el favor de llenar, firmar y fechar este formulario. Podrá:

- Usar el formulario ahora, adjuntándolo a su solicitud y devolviéndolo en el sobre que se le proporciona, **o**
- Llenarlo y enviarlo a Basic Health, P.O.Box 42683, Olympia, WA 98504-2683 después.

El permiso estará en vigor hasta que deje de estar inscrito en Basic Health o nos diga que lo cancelemos.

A: BASIC HEALTH

Doy mi autorización a la(s) persona(s) que se indican a continuación para que actúen como representante(s) mío(s) y/o de mi familia en la preparación y presentación de esta solicitud y los cambios futuros de mi cuenta de Basic Health.

También autorizo a Basic Health para que revele a la(s) persona(s) indicadas abajo la información necesaria para procesar mi solicitud, inscripción y/o los cambios futuros de mi cuenta de Basic Health. Entiendo que mediante la firma de este formulario no autorizo la liberación ni la revelación de información sobre mi salud. Este permiso seguirá en vigor en tanto esté inscrito en Basic Health, a menos que le notifique a Basic Health que lo cancelo.

Nombre del solicitante (por favor, en letras de molde): _____

Número del seguro social del solicitante (voluntario)
(O número de identificación del subscriptor, una vez asignado, si es distinto que el del seguro social): _____

Nombre(s) de persona(s)/representante(s)
a quienes se da permiso para tener acceso a la cuenta:

Relación con el solicitante O nombre de la organización (indique teléfono o número de fax):

X

Firma del solicitante

Fecha

Las leyes del estado de Washington pueden requerir la revelación de cualquier información que presente como registro público. El Aviso de Privacidad de la Health Care Authority (la agencia que administra Basic Health) se encuentra disponible, cuando se solicite, llamando al teléfono 360-923-2822 o en línea en www.wa.gov/hca.

***Este formulario no se utilizará para Basic Health Plus o el Maternity Benefits Program (Programa de Beneficios de Maternidad).**